

**GRUPPO FNM**

Copertura assicurativa contro il rischio di non autosufficienza

stipulata con Zurich S.p.A.

**CARATTERISTICHE TECNICHE****TIPOLOGIA DI COPERTURA ASSICURATIVA**

Una polizza Long Term Care è un contratto con il quale la **Compagnia si impegna a pagare all'assicurato una rendita**, che per la polizza è erogata mensilmente ed è vitalizia, **nel caso in cui, nel corso del periodo di copertura, sia accertata la sua perdita di autosufficienza**.

La garanzia LTC prevede una prestazione economica soltanto in caso di non autosufficienza dell'assicurato avvenuta durante il periodo di copertura. Non sono previste prestazioni economiche da parte della Compagnia né in caso di decesso dell'assicurato né in caso di invalidità che non determini una non autosufficienza.

La rendita è pari a Euro 1.000 al mese (Euro 12.000 all'anno). E' previsto un capitale aggiuntivo una tantum, paria a 10 volte la rendita mensile (quindi Euro 10.000), che verrà erogato contestualmente alla prima mensilità (prima rata di rendita).

**A CHI È RIVOLTA?**

La copertura ad adesione obbligatoria è rivolta a tutti gli iscritti (soci e pensionati) appartenenti al Gruppo FNM di età inferiore o uguale ai 75 anni assicurativi.

**DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La durata dell'assicurazione è annuale con decorrenza dalle ore 00.00 del 01.07.2023.

La durata del Periodo di copertura è così determinata:

- pari a 1 anno con riferimento agli Assicurati indicati nella polizza elenco alla data di decorrenza del Contratto e così per ogni successiva ricorrenza annuale;
- pari alla frazione di anno successiva all'ingresso in copertura assicurativa, per gli Assicurati inseriti nella polizza elenco nel corso dell'anno stesso e successivamente ad ogni ricorrenza annuale.

**MODALITA' DI ADESIONE**

L'assunzione del rischio viene effettuata senza alcuna documentazione di carattere sanitario; alla data di decorrenza della posizione individuale devono comunque essere rispettate le condizioni di seguito riportate.

È escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza qualora alla data di decorrenza della posizione individuale l'assicurato si trovi in una o più delle seguenti condizioni:

- alla Data di Decorrenza del contratto percepiscono una pensione di invalidità o hanno in corso le pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso un Ente obbligatorio di Previdenza o Assistenza. Eventuali soggetti che, alla prima decorrenza della copertura, abbiano già in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità sono esclusi nel caso in cui l'esito sia positivo;
- alla Data di Decorrenza del contratto risultino Non autosufficienti.

Nel caso si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'assicurato in presenza di una o più delle sopracitate condizioni alla data di decorrenza della posizione individuale, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

(\*) in mancanza di disdetta, la Convenzione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno. L'eventuale disdetta della Convenzione deve essere comunicata dal Contraente a mezzo raccomandata A/R o PEC almeno 3 mesi prima della scadenza del contratto.



Nutrirsi



Farsi il bagno/doccia



Vestirsi



Spostarsi



Continenza



Igiene personale

**PRESTAZIONI****Definizione dello stato di non Autosufficienza**

Per stato di "Non autosufficienza" si intende la situazione di fatto conseguente a un infortunio o all'insorgenza di una malattia, con diagnosi durante il Periodo di copertura assicurativa, che permanga per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi e i cui effetti siano presumibilmente permanenti ed irreversibili, tali da impedire almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana elencate qui di seguito, con conseguente assoluta necessità di una costante assistenza da parte di una terza persona, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Le 6 attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

1. **Farsi il bagno o la doccia:** capacità di compiere queste azioni in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona (inclusa la sola capacità di entrare e uscire autonomamente dalla vasca e dalla doccia);
2. **Mantenere l'igiene personale:** curare la propria igiene personale (intesa come capacità di radersi, pettinarsi e di fare toilette) in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Vestirsi:** capacità, di mettersi o togliersi i vestiti in modo autonomo senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di abiti idonei;
4. **Nutrirsi:** capacità di mangiare, anche cibo preparato da altri, o di bere in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di posate e recipienti idonei;
5. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali (es. urinali e defecali), mantenendo un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Spostarsi:** capacità di effettuare cambi posturali di qualsiasi tipo (es. alzarsi da una sedia, dal letto o in piedi) e camminare in modo autonomo,

**ESCLUSIONI**

Sono esclusi dalla copertura gli stati di Non autosufficienza causati da:

- a) Dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- b) Patologie psichiatriche (es. depressione, psicosi, schizofrenia);
- c) Partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- d) Patologie nervose o mentali dovute a causa organica che determinino la perdita delle capacità cognitive (ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti), se già diagnosticate al momento dell'ingresso in copertura del singolo assicurato;
- e) Stati di Non-autosufficienza precedenti la data di effetto della copertura del singolo Assicurato;
- f) Contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato.

Nei casi sopra indicati nulla sarà dovuto e i premi versati resteranno acquisiti da Zurich.

**BENEFICIO DELL'ASSICURAZIONE**

Il beneficio delle prestazioni assicurate è attribuito agli Assicurati.

**FISCALITÀ**

La rendita è esente di imposte, ma di carattere personale, e non cedibile agli eredi.

**DENUNCIA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA**

Compilare il modello di "denuncia sinistro LTC.

Inviare il modulo a:

Aon Spa

Ufficio Sinistri Employee Benefits

V. Ernesto Calindri, 6 - 20143 - Milano

Sig. Gianalberto Bucchieri

Tel 02/45434.735

Email: [gianalberto.bucchieri@aon.it](mailto:gianalberto.bucchieri@aon.it)

**RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

La rendita è rivedibile, può cessare nel caso in cui l'assicurato non disponga più dei requisiti minimi per l'erogazione.

La Compagnia assicurativa, nel periodo di erogazione delle rendite vitalizie, ha il diritto di verificare, in qualsiasi momento, la permanenza dello stato di Non autosufficienza.

Spett. le

Aon S.p.A.

Via Ernesto Calindri, 6

20143 MILANO MI

## DENUNCIA DI SINISTRO

## LTC

Gianalberto Bucchieri

Inviato per e-mail all'indirizzo: [gianalberto.bucchieri@aon.it](mailto:gianalberto.bucchieri@aon.it)

Telefono +39.0245434.735

Ufficio Sinistri Employee Benefits

Associato al Fondo	
Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Data e luogo di nascita	
Domicilio	
Indirizzo e-mail assicurato	
Recapito telefonico assicurato	
La data di sopravvenienza dello stato di non autosufficienza	

**Alleghiamo la certificazione sottoelencata necessaria:**

<ul style="list-style-type: none"><li>o Documentazione comprovante lo stato di non autosufficienza dell'assicurato;</li><li>o Relazione clinica rilasciata dal medico curante;</li><li>o Copia di un documento di identità</li><li>o Evidenza di test MMSE redatto da psichiatra o neurologo, se demenza di tipo cognitivo</li></ul>
--

Le chiediamo di accedere al seguente link per prendere visione della informativa e rilasciare i consensi privacy:

<https://aon-privacy.my.onetrust.com/hosted-webform/consent/3f996699-ab81-49df-b284-e640e5fe59d5/9f0ed5ce-ecf9-484b-ae90-e6cf01bf32d1>Firma del richiedente  
(o del tutore)Data.....  
.....